

ANALISIS KEMAMPUAN DAN KEMAUAN MEMBAYAR IURAN TERHADAP PENCAPAIAN UHC JKN DI KOTA BENGKULU

JKMA

Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas
diterbitkan oleh:

Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas

p-ISSN 1978-3833

e-ISSN 2442-6725

10(1)3-10

@2015 JKMA

<http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/>

Diterima 11 Agustus 2015
Disetujui 8 September 2015
Dipublikasikan 1 Oktober 2015

Yandrizal^{1✉}, Rifa'i¹, Selpa Putri Utami¹

¹Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu, Bengkulu

Abstrak

Jaminan Kesehatan Nasional wajib bagi seluruh rakyat yang mampu maupun tidak mampu. Penduduk Kota Bengkulu 356.253 jiwa yang menjadi peserta tercatat sekitar 230.576 orang. Kunjungan di Puskesmas Basuki Rahmat tahun 2014 sebanyak 33.336 pasien, belum menggunakan JKN yaitu 21.245 pasien (63,73%). Tujuan penelitian adalah mengetahui kemampuan dan kemauan masyarakat membayar iuran dalam upaya universal health coverage (UHC). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Basuki Rahmat yang belum menjadi peserta Jaminan kesehatan nasional (JKN) dan Peserta mandiri. Metode penelitian kuantitatif dengan rancangan cross sectional, dan rancangan metode analisis formatif. Responden belum menjadi peserta 87%, menjadi peserta 13%. Pendapatan 5% responden sebagian besar 82% kurang dari iuran terendah Rp. 25.500,- atau tidak mampu. Responden tidak mampu membayar 86,59% belum menjadi peserta. Responden yang mampu tetapi belum peserta 88,89%. Responden yang merokok 81,2% tidak mampu, sedangkan belanja rokok lebih besar dari iuran. Upah minimum regional di Bengkulu tahun 2015 sebesar Rp. 1.500.000,-. Pendapatan masyarakat dengan penghasilan UMR termasuk yang tidak mampu membayar. Upaya UHC dapat tercapai bila pemerintah membayar iuran masyarakat tidak mampu dengan menambah peserta Kartu Indonesia Sehat (KIS).

Kata Kunci: Kemampuan dan kemauan membayar, Jaminan Kesehatan Nasional, Pencapaian UHC

ANALYSIS ABILITY AND WILLINGNESS TO PAY FEE ON UHC NATIONAL HEALTH INSURANCE IN THE BENGKULU CITY

Abstract

National Health Insurance is mandatory for all the people who are able or not able to. Residents of the city of Bengkulu 356.253 inhabitants who participated were approximately 230.576 people. Basuki Rahmat visits in health centers by 2014 as many as 33.336 patients, yet using JKN that 21.245 patients (63.73%). The research objective was to determine the ability and willingness of people to pay contributions in an effort to universal health coverage (UHC). The population are all the people in Public Health Center Basuki Rahmat who have not joined the national health insurance and independent participants. Quantitative research method with cross sectional design, and formative analysis methods. Respondents had not been participants 87%, participated in 13%. Income of 5% respondents most 82% less than the lowest tuition IDR 25.500,- or incapable. Responden can not afford 86,59% had not been participants. Capable respondents but not participated 88,89%. Respondents smoking 81,2% incapable, while shopping cigarettes larger than contributions. Regional minimum wage in Bengkulu 2015 amounted IDR. 1.500.000, People whose earning the minimum wage including to whose unable to pay. Efforts UHC can be achieved if government pay contributions to poor people by adding more participants Card Healthy Indonesia (KIS).

Keywords: Ability and Willingness to Pay, National Health Insurance, Achieving

✉ Korespondensi Penulis:

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu, Jl. Salak Raya Lingkar Timur, Kota Bengkulu
yandrizal67@yahoo.co.uk

Pendahuluan

Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan berdasarkan undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). BPJS kesehatan pada 1 Januari 2014 mulai menyelenggarakan jaminan kesehatan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang mampu maupun tidak mampu. Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya. Prinsip penyelenggaraan BPJS adalah kegotong-royongan, kepesertaan yang bersifat wajib, iuran berdasarkan persentase upah penghasilan, pengelolaan bersifat nirlaba dan amanah.

Kota Bengkulu tahun 2015 memiliki penduduk berjumlah 351.300 jiwa yang menjadi peserta JKN secara keseluruhan tercatat sekitar 230.576 orang, berasal penerima bantuan iuran (PBI) pusat, Jaminan Kesehatan Kota dan Jaminan Kesehatan Provinsi, pegawai negeri sipil (PNS), anggota Tentara Nasional Indonesia (TNI), Kepolisian Republik Indonesia (POLRI), dan peserta mandiri.

Data BPJS Kesehatan Kota Bengkulu tahun 2014, jumlah peserta wilayah kerja Puskesmas Basuki Rahmat menduduki peringkat pertama kepesertaan JKN, yaitu 16.713 orang dengan jenis peserta penerima bantuan iuran (PBI) 13.092 orang dan non PBI sebesar 3.261 orang. Kunjungan pasien di Puskesmas Basuki Rahmat tahun 2014 sebanyak 33.336 pasien, masih banyak pasien yang belum menggunakan JKN yaitu 21.245 pasien (63,73%). Peta jalan (Road Map) JKN 2012-2019 yang disusun oleh Pemerintah Indonesia menyatakan bahwa tahun 2019 seluruh warga negara Indonesia akan mendapat jaminan kesehatan.⁽¹⁾

Uraian diatas menggambarkan bahwa pentingnya JKN bagi masyarakat. Sehingga perlu melakukan penelitian tentang kemampuan dan kemauan masyarakat terhadap kepesertaan JKN untuk mencapai Universal Health Coverage 2019 di Kota Bengkulu. Permasalahan, apakah peserta mandiri meningkat dan dapat mencakup seluruh masyarakat di Kota Bengkulu pada tahun 2019? Apakah akan ada anggaran dan sumber lain untuk membayar

iuran bagi masyarakat diatas kemiskinan yang belum menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bengkulu. Pertanyaan penelitian, apakah peserta mandiri meningkat dan dapat mencakup seluruh masyarakat di Kota Bengkulu pada tahun 2019? Apakah akan ada anggaran dari Pemerintah Kota Bengkulu dan sumber lain untuk membayar iuran bagi masyarakat diatas kemiskinan yang belum menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bengkulu. Apakah peta jalan (*Road Map*) akan tercapai ataukah ada situasi di luar peta jalan sebagai scenario lain?. Tujuan penelitian mengetahui apakah seluruh masyarakat Kota Bengkulu dapat menjadi peserta JKN tahun 2019. Penelitian ini merupakan penelitian monitoring yang berjalan dari tahun 2014 sampai dengan 2019.

Metode

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh masyarakat peserta mandiri dan bukan peserta JKN di wilayah kerja Puskesmas Basuki Rahmat tahun 2015 yang berjumlah 33.336 orang. Metode penelitian kuantitatif dengan rancangan *cross sectional* dan rancangan metode analisis formatif yang dirancang untuk menilai bagaimana program/kebijakan sedang diimplementasikan dan bagaimana pemikiran untuk memodifikasi serta mengembangkan sehingga membawa perbaikan.⁽²⁾

Pengukuran kemampuan membayar apabila 5% dari penghasilan lebih besar dari iuran terendah Rp. 25.500,- yang dihitung berdasarkan jumlah anggota keluarga. Pengukuran kemampuan menjadi peserta JKN dengan penghasilan minimal : Rp. 1.530.000,- per bulan untuk tiga anggota keluarga (ayah, ibu dan 1 orang anak); Rp. 2.040.000,- per bulan untuk empat anggota keluarga (ayah, ibu dan 2 anak); Rp. 2.550.000,- per bulan untuk lima anggota keluarga (ayah, ibu dan 3 anak).

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara kepada responden menggunakan kuesioner terstruktur. Data sekunder diperoleh dari BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu dan data kunjungan pasien umum Puskesmas Basuki Rahmat. Pengolahan data dilakukan dengan menggu-

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Pendapatan dan kemauan Responden Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Basuki Rahmat Kota Bengkulu tahun 2015

Variabel	Jumlah	Persentase
Pendapatan		
<Rp. 1.530.000	82	82,0
>Rp. 1.530.000	18	18,0
Kemauan		
Ada Kemauan	63	63,0
Tidak Ada Kemauan	37	37,9

nakan perangkat lunak dan analisis perencanaan berdasar scenario (scenario planning).^(3,4)

Hasil

Tabel 1 menunjukkan pendapatan responden per bulan di wilayah kerja Puskesmas Basuki Rahmat menunjukkan sebagian besar (82%)<Rp.1.530.000/ bulan. Tabel 2 menunjukkan responden di wilayah kerja Puskesmas Basuki Rahmat Kota Bengkulu tahun 2015 tidak ada kemauan menjadi peserta JKN (37.0 %). Tabel 2 menunjukkan responden yang telah menjadi peserta JKN orang (13%) di wilayah kerja Puskesmas Basuki Rahmat Kota Bengkulu tahun 2015. Jumlah responden tidak mampu belum menjadi peserta JKN (71%). Responden yang merokok (73%) dengan rata-rata uang belanja untuk membeli rokok Rp. 450.000,- s.d Rp. 750.000,- per bulan. Responden yang merokok berpenghasilan kurang Rp. 1.530.000, (82,19%) dari jumlah yang merokok. Responden membeli rokok per bulan lebih besar dari iuran JKN termurah Rp. 76.500,- untuk 3 orang anggota keluarga dan Rp. 178.500,- untuk 7(tujuh) anggota keluarga.

Tabel 2 menunjukkan masih ada masyarakat yang mampu tetapi belum menjadi peserta JKN sebanyak 16 orang (86,6%), alasan masyarakat adalah karena lebih dekat dan enak berobat kepada bidan. Hasil uji Chi square dengan $p > 0,05$ didapatkan nilai $P(0,026) < (0,05)$, maka dapat disimpulkan ada hubungan antara kemampuan masyarakat terhadap kepesertaan JKN.

Pembahasan

Pendekatan yang digunakan dalam analisis ATP didasarkan pada alokasi biaya untuk

pemenuhan terhadap kebutuhan sehari-hari dari pendapatan rutin. Dalam konsep ATP, besar kemampuan membayar untuk pelayanan kesehatan adalah jumlah pengeluaran untuk barang non esensial tersebut. Asumsi kalau seseorang mampu mengeluarkan belanja untuk barang-barang non esensial maka tentu juga mampu mengeluarkan biaya untuk pelayanan kesehatan yang sifatnya esensial.⁽⁵⁾

Masyarakat tidak mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional karena penghasilan tidak mencukupi. Kemampuan membayar adalah penilaian subjektif didasarkan pada beberapa asumsi seperti apa orang harus membayar. Klien berpenghasilan rendah dikatakan memiliki kemampuan lebih rendah untuk membayar dari berpenghasilan menengah, terlepas dari apakah mereka membeli barang/jasa.⁽⁶⁾ Ada lima faktor yang mempengaruhi permintaan untuk jasa kesehatan adalah: 1) persepsi; 2) permintaan aktual (harapan, keyakinan, pengalaman sebelumnya, adat istiadat, agama). 3) kemampuan untuk membayar; 4) motivasi untuk memperoleh jasa kesehatan; 5) lingkungan (ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan). Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh status sosial ekonomi pasien seperti pendidikan, pendapatan, dan demografi karakteristik seperti jenis kelamin, usia dan etnis.⁽⁷⁾

Biaya pelayanan kesehatan meningkat sesuai dengan peningkatan pendapatan. Di samping biaya dokter dipengaruhi oleh kemampuan ekonomi pasien, responden yang berpendapatan tinggi cenderung lebih sering dan lebih ekstensif dalam pelayanan kesehatan, responden yang berpendapatan tinggi juga lebih sering memeriksa dan memelihara kesehatan dibanding kelompok responden yang berpendapatan rendah.⁽⁸⁾

Dua batasan ATP yang dapat digunakan: adalah 1) besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5% dari pengeluaran pangan non esensial dan non makanan. Batasan ini didasarkan bahwa pengeluaran untuk non makanan dapat diarahkan untuk keperluan lain, termasuk untuk kesehatan: 2) besarnya kemampuan membayar yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk konsumsi alkohol,

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Kepesertaan JKN Berdasarkan Kemampuan dan Kemauan di Wilayah Kerja Puskesmas Basuki Rahmat Kota Bengkulu tahun 2015

Variabel	Kepesertaan				Total	
	Belum Peserta		Peserta		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Kemampuan						
Tidak Mampu	71	71,0	11	11,0	82	82,0
Mampu	16	16,0	2	2,0	18	18,0
Jumlah	86	87,0	13	13,0	100	100
Kemauan						
Ada Kemauan	55	55,0	8	8,0	63	63,0
Tidak Ada Kemauan	32	32,0	5	5,0	37	37,0
Jumlah	87	87,0	13	13,0	100	100

tembakau, sirih, pesta/upacara. Batasan ini didasarkan kepada pengeluaran yang sebenarnya dapat digunakan secara lebih efisien dan efektif untuk kesehatan, misalnya dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/ sirih/ rokok untuk kesehatan⁽⁵⁾. Jumlah anggota keluarga juga dapat mempengaruhi *ability to pay*. Rumah tangga dengan jumlah keluarga lebih dari 4 orang memiliki risiko pemiskinan lebih tinggi⁽⁹⁾. Semakin banyak jumlah anggota keluarga maka akan semakin banyak pula kebutuhan untuk memenuhi kesehatannya.

Belanja kesehatan 5% : rasio pendapatan adalah patokan umum keterjangkauan karena sebagian besar survei pengeluaran kesehatan di negara-negara berkembang menunjukkan bahwa rumah tangga menghabiskan antara 2-5% dari pendapatan untuk kesehatan. Biaya perawatan kesehatan relatif terhadap penghasilan yang kurang dari 5%, dan karena itu 'terjangkau' jika ambang batas 5% digunakan.^(8,10,11)

Ada orang yang kemampuan besar tetapi tidak mau untuk membayar pelayanan kesehatan (kemauan < kemampuan). Sebaliknya ada orang yang kemampuan rendah tetapi mau meminjam uang untuk membiayai kesehatan (kemauan > kemampuan).⁽¹²⁾

Besar atau kecil kemauan membayar seseorang atau masyarakat tentunya tidak terlepas dari faktor-faktor yang mempengaruhi. Penelitian di Malaysia menunjukkan bahwa

status pernikahan dan tingkat pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi kemauan membayar masyarakat Malaysia dalam membayar iuran program jaminan kesehatan di Malaysia. Masyarakat yang sudah menikah dan berpendidikan lebih tinggi memiliki kemauan yang lebih besar untuk bergabung dengan jaminan kesehatan.⁽¹³⁾ Faktor lainnya yang mempengaruhi kemauan membayar iuran jaminan kesehatan adalah pendapatan per bulan sehingga besar tarif iuran harus disesuaikan dengan besarnya pendapatan per bulan.⁽¹⁴⁾ Kemauan membayar ditemukan oleh pendidikan, status perkawinan, riwayat masalah membayar tagihan medis, sadar akan dasar-dasar kesehatan asuransi, dan persepsi tentang siapa yang harus membayar premi asuransi.⁽¹⁵⁾

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, penduduk Provinsi Bengkulu yang merokok setiap hari 27,1% di atas rata nasional 24,3%. Apabila rata-rata 27,3 % dari 1.766.176 jiwa penduduk Provinsi Bengkulu atau 482.166 jiwa x 14 Batang x 365 hari x Rp. 1000 = Rp. 2.463.868.505.280,- masyarakat membakar uang melalui rokok. Perlu menjadi perhatian pemerintah 42,03% dari jumlah perokok adalah masyarakat miskin dan diatas garis kemiskinan. Berarti masyarakat miskin telah membakar uang sebesar Rp. 1.035.563.932.770,- per tahun. Masyarakat miskin dan tidak mampu selalu

mengharapkan dan menuntut bantuan pemerintah seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Bantuan yang diberikan untuk masyarakat miskin dan di atas garis kemiskinan di Provinsi Bengkulu bila dihitung dengan besaran iuran Rp. 19.225 perbulan x 12 x 628.608 jiwa hanya Rp 145.019.865.600./tahun dan ditambah dengan jamkesda kabupaten/kota/provinsi Rp. 28.260.043.000,-. Masyarakat miskin membakar uang untuk rokok 1,035 triliun bisa memberi jaminan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin se Provinsi. Kondisi ini perlu mendapat perhatian Pemerintah Kota untuk menerapkan secara tegas Peraturan Walikota Bengkulu Nomor 38 Tahun 2011 tentang Penetapan Kawasan Tanpa Rokok, membuat kriteria khusus masyarakat miskin tidak merokok yang mendapat bantuan iuran. Melakukan penyuluhan dan contoh tidak merokok oleh pejabat dan tokoh masyarakat serta agama kepada masyarakat, bahwa merokok sangat merugikan baik kesehatan maupun ekonomi keluarga.

Peta jalan (*Road Map*) JKN 2012-2019(1) yang disusun oleh Pemerintah Indonesia menyatakan bahwa tahun 2019 seluruh warga negara Indonesia akan mendapat jaminan kesehatan. Tujuan *Universal Health Coverage* adalah untuk memberikan setiap warga negara atau akses penduduk untuk asuransi. Dimensi pencapaian *Universal Health Coverage* yaitu: 1) penduduk yang tercakup; 2) pelayanan kesehatan yang dicakup; 3) roporsi biaya pelayanan kesehatan yang ditanggung.⁽¹⁰⁾

Cakupan *Universal* didefinisikan sebagai akses ke promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kesehatan untuk semua dengan biaya yang terjangkau, sehingga mencapai kesetaraan dalam akses. Prinsip perlindungan finansial berisiko memastikan bahwa biaya perawatan tidak menempatkan orang pada risiko bencana keuangan. Tujuan yang terkait kebijakan pembiayaan kesehatan adalah ekuitas pembiayaan: rumah tangga berkontribusi untuk sistem kesehatan atas dasar kemampuan membayar.⁽¹⁰⁾

Pada Tahun 2015 masyarakat Kota Bengkulu yang telah menjadi peserta sebanyak 230576 jiwa, dan peserta PBI sebanyak 94.150 jiwa. Berdasarkan Prediksi BPS jumlah

penduduk tahun 2019 sebanyak 385.100 jiwa, sehingga perlu upaya bersama untuk mencapai *universal health coverage*. Upaya dapat tercapai jika pemerintah membayar iuran masyarakat tidak mampu dan pekerja di usaha kecil, mikro dan pekerja mandiri, karena berdasarkan Peta Jalan Menuju JKN hanya dapat dipertimbangkan masuk kelompok PBI

Pemerintah Ghana dan Tanzania memperkenalkan bentuk asuransi kesehatan selama 10 tahun terakhir dan Selatan Afrika saat ini sedang merancang sebuah asuransi kesehatan nasional yang universal, sistem yang akan didanai sebagian besar dari penerimaan pajak. Ketiga negara tersebut masih menghadapi tantangan dalam mencapai pemerataan akses pelayanan kesehatan dan risiko keuangan yang memadai, terutama bagi kelompok rentan.⁽¹⁶⁾

Temuan penelitian menunjukkan bahwa pembayaran untuk pelayanan kesehatan di Ghana yang progresif, tetapi manfaat dari penggunaan pelayanan kesehatan umumnya pro kaya. Tantangan utama bagi Ghana dari perspektif perlindungan keuangan adalah untuk mengurangi pembayaran langsung dan pendanaan melalui peningkatan pembiayaan pra-pembayaran. Diperkenalkannya jaminan kesehatan nasional, kurang perlindungan keuangan paling akut dialami oleh orang-orang disektor informal sektor yang belum tercakup oleh JKN. Penting perhatian yang lebih besar perlu diberikan untuk memastikan akses ke layanan kesehatan untuk semua. Ghana saat ini paling membutuhkan pelayanan kesehatan yang umumnya mereka menghadapi akses layanan. Upaya untuk mengatasi berbagai hambatan akses layak prioritas kebijakan yang lebih besar.⁽¹⁷⁾

Menurut PBB, mengatasi kesenjangan dalam akses ke pelayanan antara orang miskin dan kelompok terpinggirkan kelompok sangat penting dalam mempercepat pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs). Temuan dari penelitian ini menyoroti isu-isu penting terkait akses ke asuransi kesehatan antara orang miskin perkotaan, mengeksplorasi cara bermitra dengan lembaga keuangan mikro untuk menciptakan mekanisme melalui anggota lembaga-lembaga, khususnya orang miskin dan

orang-orang disektor informal dapat berpartisipasi dalam program asuransi. Penelitian kami juga menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil dari kaum miskin kota yang berasal dari sektor informal yang terdaftar di Program Jaminan Kesehatan Nasional. Menunjukkan bahwa upaya untuk menerapkan program asuransi kesehatan sosial oleh banyak negara Afrika, termasuk Kenya terhambat oleh kurang mekanisme berkelanjutan pembiayaan kesehatan. Pemerintah Kenya bergerak ke arah program jaminan kesehatan universal, untuk memanfaatkan kesempatan unit platform keuangan mikro informal, meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan mereka sebagai pembiayaan yang layak dalam kerangka kebijakan pembiayaan kesehatan nasional yang komprehensif. Pemerintah harus mempercepat rencana untuk menerapkan program cakupan kesehatan universal dengan memfasilitasi peningkatan akses ke pelayanan kesehatan berkualitas dan terjangkau.⁽¹⁸⁾

Setelah lebih dari satu abad upaya untuk membangun sistem asuransi kesehatan nasional di mana semua orang Amerika memiliki akses pelayanan terjangkau, reformasi yang komprehensif disahkan oleh Kongres AS dan ditandatangani menjadi undang-undang oleh Presiden Obama di Maret 2010. Undang-undang Pelayanan terjangkau memperkenalkan monumental perubahan untuk meningkatkan akses, mengurangi ketidakadilan, kontrol biaya, meningkatkan kualitas, dan menyesuaikan kembali insentif. Pada 2014 batas waktu untuk implementasi penuh, konsumen kesehatan, asuransi, dan pembayar pajak semua akan terpengaruh. Ada 32 juta orang Amerika tambahan akan memiliki cakupan asuransi kesehatan sebagai efek dari reformasi total secara bertahap, mengurangi yang tidak diasuransikan dari 18 persen menjadi 6 persen dari populasi.⁽¹⁹⁾

Berdasarkan pengalaman di Kenya, Ghana, Tanzania, Amerika untuk dapat mencapai *universal health coverage* harus membuat kebijakan khusus mengalokasikan dana secara terencana dan berkomitmen untuk membiayai masyarakat miskin dan tidak mampu, dengan sumber APBN, APBD, cukai rokok dan *Corpo-*

rate Social Responsibility (CSR).

Pencapaian seluruh masyarakat untuk mendapatkan jaminan kesehatan nasional tahun 2019 memerlukan kebijakan khusus, masyarakat yang belum menjadi peserta karena tidak mampu. Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang diluncurkan tanggal 3 November 2014 merupakan wujud program Indonesia Sehat. Program ini menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan; Perluasan cakupan PBI termasuk penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) dan bayi baru lahir menjadi peserta penerima bantuan iuran; serta memberikan tambahan manfaat berupa layanan preventif, promotif dan deteksi dini dilaksanakan lebih intensif dan terintegrasi.

Agar seluruh masyarakat tidak mampu mendapat jaminan kesehatan Pemerintah Kota, Pemerintah Provinsi tetap mengalokasikan dana untuk jaminan kesehatan daerah dan mengusulkan alokasi KIS untuk masyarakat yang belum mendapatkan jaminan kesehatan. Pada tahun 2015 masyarakat Kota Bengkulu yang telah menjadi peserta sebanyak 230576 jiwa, dan peserta PBI sebanyak 94.150 jiwa. Perlu kebijakan khusus memetakan masyarakat tidak mampu yang belum menjadi peserta dan dialokasikan bersama Pemerintah Kota, Propinsi dan Pusat.

Kesimpulan

Masyarakat yang belum menjadi peserta JKN sebagian besar karena tidak mampu. Masyarakat yang merokok masih banyak dan sebagian besar 82,19% dari perokok adalah masyarakat miskin. Belanja rokok rata-rata Rp. 450.000- Rp. 750.000,- per bulan lebih besar dari iuran JKN termurah Rp. 76.500,- untuk 3 orang anggota keluarga dan Rp. 178.500,- untuk 7(tujuh) anggota keluarga. Pemerintah Pusat menambah jumlah peserta Kartu Indonesia Sehat untuk Provinsi yang masyarakat banyak belum menjadi Peserta JKN karena tidak mampu termasuk pekerja di

usaha kecil, mikro dan pekerja mandiri, karena berdasarkan Peta Jalan Menuju JKN hanya dapat dipertimbangkan masuk kelompok PBI. Membuat Kebijakan penerima bantuan iuran adalah masyarakat miskin yang tidak merokok dengan melampirkan rekomendasi tokoh masyarakat/agama atau ketua Rukun Tetangga sebagai peran masyarakat, bahwa tidak merokok, karena belanja rokok lebih besar dari besaran iuran yang diterima. Mengalokasikan dana kompensasi cukai rokok yang daerah dimana masyarakat masih banyak belum menjadi peserta JKN karena tidak mampu membayar.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Universitas Gajah Mada, yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk mengembangkan Proposal Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan JKN oleh BPJS tahun 2015 yang disusun bersama-sama Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia.

Daftar Pustaka

1. GTZ. AUSAID. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Disusun bersama dan didukung GTZ. AUSAID. Jakarta. 2012.
2. Buse K, Mays N, Gill W. Making Health Policy. Open University Press. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London. 2005.
3. Ringland, Gill. Scenario Planning Managing For The Future. Gill Ringland foreword by Peter Schwartz. Wiley. www.wiley.co.uk/www.wiley.com
4. Scarce D, Fulton K. What if? The art of Scenario Thinking for Notprofit. GBN Global Business. Copyright 2004 Global Business Network.
5. Adisasmita W. Rancangan Peraturan Daerah Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan. FKM UI. Jakarta. 2008.
6. Varley. Willingness To Pay, Ability To Pay. 1995, From www.gdrc.org
7. Anderson J.G. Health Services Utilization : Framework and Review. Health Services Research. 1973.
8. Russell S. Review article Ability to pay for health care: concepts and evidence Health Policy and Planning Oxford University Press. 1999. 11.3: 219-237.
9. Thabrany H. Sakit Pemiskinan dan MDG's. Jakarta: PT. Kompas. 2009
10. Stuckler D, Feigl AB, Basu S, MCKEF M. The political economy of universal health coverage. First Global Symposium on health systems research Science to accelerate universal health coverage 2010.
11. WHO. World Health Report 2010. Health Systems Financing The Path To Universal Coverage. Geneva: WHO. 2010.
12. WHO. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization (WHO). 1998.
13. Shafie AA, Hassali MA. Willingness to pay for voluntary community-based health insurance: Findings from an exploratory study in the state of Penang, Malaysia. Journal of Social Science and Medicine. 2013. Volume 96.
14. Dong H, Kouyate B, Cairns J, Sauerborn R. Inequality in willingness to pay for community based health insurance, Health Policy. 2005. 72: 149-56.
15. Agago TA, Woldie M, Ololo S. Willingness To Join and Pay For The Newly Proposed Social Health Insurance Among Teachers in Wolaita Sodo Town. South Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2014. Vol. 24. No. 3 July. 195-201
16. Mills A, Ally M, Goudge J. Progress towards universal coverage: the health systems of Ghana, South Africa and Tanzania. Health Policy and Planning. 2012. 27.Suppl.1.
17. Akazili, Garshong B, Aikins M, Gyapong J, McIntyre D. Progressivity of health care financing and incidence of service benefits in Ghana James. Health Policy and Planning 2012;27: i13-i22 doi: 10.1093/heapol/czs004).
18. Kimani JK, Ettarh R, Kyobutungi C, Mberu Band, Muindi K. Determinants for participation in a public health insurance program among residents of urban slums in Nairobi. Kenya: results from a cross-sectional survey. BMC Health Services Research

- 2012, 12:66 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/66>
19. Linda J, Blumberg. The Affordable Care Act: What does it do for low-income families. Fast Focus. 2012.www.irp.wisc.edu No. 15-2012